

EXPERIÊNCIA NO USO COMBINADO DAS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS PARA DESCREVER INFORMAÇÕES EM SAÚDE

EXPERIENCE IN THE COMBINED UTILIZATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS TO DESCRIBE HEALTH INFORMATION

Emerson Fachin Martins¹, Suelen Mara Beserra da Silva², Juliana de Faria Fracon³
e Cristina dos Santos Cardoso de Sá⁴

¹ Doutor em Psicologia, pela Universidade de São Paulo – USP; docente do *Campus UnB Ceilândia*, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

² Fisioterapeuta; *Campus Saúde*, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Brasil – USCS, São Caetano do Sul, São Paulo.

³ Fisioterapeuta; doutora em Medicina, pela UnB; docente do *Campus UnB Ceilândia*, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

⁴ Fisioterapeuta; doutora em Psicologia, pela Universidade de São Paulo – USP; docente do *Campus da Baixada Santista*, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Santos, São Paulo.

RESUMO

Dados de morbidade são comunicados por registro padronizado, conforme orientado na CID. Entretanto, potencialidades e deficiências não são totalmente descritas nesta classificação, sendo necessária a CIF, ainda pouco utilizada. O artigo apresenta experiência no uso combinado das classificações internacionais com objetivo de descrever e analisar registros em saúde para além do uso isolado da CID. Uma amostragem probabilística em estudo observacional com delineamento transversal foi aplicada para sujeitos em tratamento fisioterapêutico. O número de ocorrências codificadas foi usado para tabular a distribuição de frequência por capítulos e para calcular razões que indicariam relações entre doenças e incapacidades. Cerca de cinco ocorrências por sujeito foram registradas dentre as 70 ocorrências, em códigos distribuídos por oito dos 22 capítulos da CID. Na CIF, um total de 116 ocorrências por sujeito das 1.739 ocorrências distribuídas entre os capítulos por domínios da CIF foram registradas, perfazendo, aproximadamente, 25 ocorrências para cada ocorrência codificada pela CID. Conclui-se que a CIF ampliou em cinco vezes os aspectos relacionados à saúde, completando com maior detalhamento a descrição feita no atual sistema brasileiro de informação em saúde.

Palavras-chave: classificação internacional de doenças, classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, estatísticas de sequelas e incapacidades.

ABSTRACT

Morbidity data are communicated by standardized record as guided in the ICD. However, functioning and disabilities are not fully described in this classification, being necessary the creation of the ICF, yet little used. The paper presents experience in the combined use of International Classifications whose goal is to describe and analyze health record beyond the separate use of the ICD. Sampling procedures were applied to subjects during physical therapeutic treatment in a cross-sectional observational study. The number of events coded was used to tabulate the frequency distribution of ratings by chapter and to calculate the rate that would indicate links between diseases and disabilities. About 5 events per subject were recorded among the 70 events coded into codes distributed by 8 of the 22 chapters of the ICD. By the same analysis in the ICF, about 116 events per subject of the 1739 events distributed among the domains per chapters of ICF were registered, accounting for approximately 25 events for each event coded by ICD. It is concluded that the ICF has expanded 5 times the aspects related to health by supplementing with a more detailed description given in the current Brazilian system of health information.

Keywords: international classification of diseases, international classification of functioning, disability and health, statistics on sequelae and disability.

I. INTRODUÇÃO

As classificações internacionais propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) possibilitam uma linguagem comum que facilita o sistema mundial de informação em saúde (JETTE, 2006). Composta por duas classificações já disponíveis e uma em construção, as classificações internacionais estabelecem referências que codificam doenças, outros aspectos relacionados à saúde e intervenções na referida área. Desta forma, a família das classificações internacionais proporciona ferramenta para pesquisas epidemiológicas, gerenciamento e tomada de decisões nos sistemas de saúde pelo mundo, com grandes contribuições para a saúde pública.

Desde sua primeira versão, em 1893, a Classificação Internacional de Doenças (CID) foi a pioneira da família de classificações internacionais e passou por uma série de revisões, encontrando-se hoje na sua décima edição – CID10. Apesar da sua importância e grande utilização, a OMS apontou que a classificação de doenças não é suficiente para se descreverem todos os aspectos relacionados à saúde, propondo, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Considerada pela OMS como uma classificação de saúde e domínios vinculados à saúde, a CIF codifica domínios relacionados ao corpo na sua perspectiva individual, coletiva e social por meio de lista de códigos para funções e estruturas do corpo, para atividades e participação individual e coletiva, além de incluir lista de códigos para fatores ambientais.

Desde sua criação, a CIF começa a aparecer em algumas publicações de diferentes países, relatando discussões sobre o seu uso e resultados obtidos pela aplicação desta classificação (LIU *et al.*, 2009; ESCORPIZO, CIEZA & STUCKI, 2009). Porém, poucas publicações relatam experiências de sua utilização no Brasil em estudos epidemiológicos (DI NUBILA & BUCHALLA, 2008; FARIAS & BUCHALLA, 2005).

As publicações mais recentes têm mostrado que o aumento da expectativa de vida observada na presente década tem contribuído para o crescimento de pessoas com condições crônicas e degenerativas, e a descrição de tais condições vai muito além da informação relacionada à presença da doença, necessitando-se do uso de ferramentas que descrevam os demais aspectos relacionados à saúde que irão direcionar a intervenção das práticas em todos os níveis de atenção (STROBL *et al.*, 2009; FORHAN, 2009).

Em função da quantidade dos fatores envolvidos com os determinantes de saúde, a CIF apresenta uma

vasta codificação que motivou a criação de instrumentos de classificação resumidos para serem aplicados em condições crônicas específicas de saúde, os CIF core sets (CIEZA *et al.*, 2004). Salvo as vantagens na utilização de CIF core sets, estudo comparando a aplicação da CIF por examinadores experientes, examinadores não treinados e avaliação por sistema computadorizado mostrou confiabilidade nos dados registrados pela CIF na íntegra (KUKAFKA *et al.*, 2006).

No Brasil, as clínicas de fisioterapia vinculadas às universidades atendem a uma quantidade considerável de sujeitos portadores de doenças crônicas e degenerativas. Desta forma, estudos descritivos mostrando a experiência de se utilizar a CIF para um mapeamento dos aspectos relacionados à saúde dos seus usuários contribuem para se traçar um panorama local da saúde sob a perspectiva da funcionalidade, que poderia ser usada e analisada mais amplamente, em função de utilizar uma linguagem padronizada proposta pela OMS (JETTE, 2006).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo apresentar uma experiência descritiva e analítica da utilização combinada das classificações internacionais (CID e CIF), registrando aspectos relacionados à saúde de indivíduos portadores de incapacidades crônicas, atendidos por um serviço de fisioterapia, com vistas a contribuir para o conhecimento e a popularização do uso da CIF, bem como para o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins.

2. MÉTODOS

Todos os sujeitos que estavam sendo atendidos em um mês completo na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) foram utilizados para os procedimentos de amostragem probabilística, assinando um termo de consentimento livre esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo / Hospital São Paulo, conforme o protocolo n. 0536/10.

Utilizou-se o método de amostragem aleatória estratificada, cujos estratos foram determinados pela modalidade de atendimento (individual ou coletivo) e pelo tipo de incapacidade crônica (musculoesquelética ou neuromuscular). Os conjuntos de sujeitos separados por estratos para a amostragem estão representados na Figura 1.

Dos 150 sujeitos em atendimento no mês escolhido para a abordagem dos pacientes, estabeleceu-se, para este estudo, uma amostra de 10% do total de

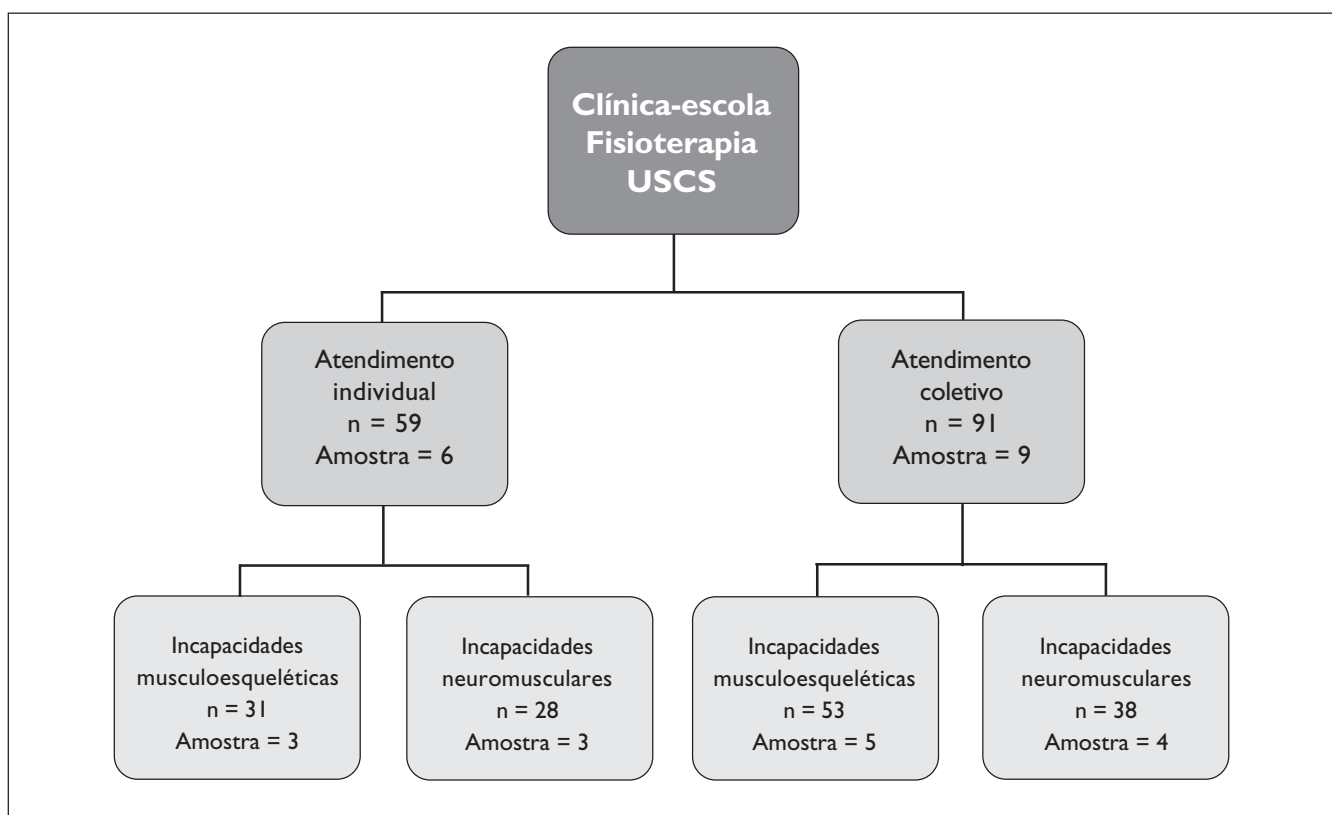


Figura 1: Organograma representando os estratos utilizados para formar a amostra

indivíduos para que as entrevistas pudessem ser realizadas em uma frequência de três por dia, durante uma semana de segunda a sexta-feira. Assim, na amostra total de 15 sujeitos, que foi obtida aleatoriamente, podem ser encontrados representantes dos 31 sujeitos com incapacidades musculoesqueléticas ($n = 3$) e representantes dos 28 sujeitos com incapacidades neuromusculares ($n = 3$), quando em modalidade de atendimento individual. Pela mesma organização, foram obtidos representantes dos 53 sujeitos com incapacidades musculoesqueléticas ($n = 5$) e representantes dos 38 sujeitos com incapacidades neuromusculares ($n = 4$), quando em modalidade de atendimento coletivo.

Nas entrevistas, foram utilizados formulários tabulados em planilhas do *software* Excel, que possuíam lacunas para preenchimento do número de ocorrências correspondentes aos itens codificados por cada capítulo na versão completa da CID e da CIF.

Cada entrevista foi composta por dois estágios, realizados no mesmo dia. O primeiro estágio compreendia o conjunto de procedimentos para a identificação do número de ocorrências codificadas pela CID. Posteriormente, durante o segundo estágio, foram realizados

os procedimentos para a identificação do número de ocorrências codificadas pela CIF.

O registro do número de ocorrências para cada sujeito que compunha a amostra foi feito manualmente por um estudante de Fisioterapia, que foi previamente treinado para utilizar a CID e a CIF em todos os níveis de codificação e com os qualificadores adicionais de capacidade e desempenho. Contudo, no processamento dos dados, foram consideradas as ocorrências por capítulos do primeiro nível de análise desta classificação.

Ao final das entrevistas, a distribuição de frequência do número de ocorrências de cada código, tanto para o registro feito pela CID quanto pela CIF, foi tabulada por capítulo, para processamento estatístico descritivo.

Em ambas as classificações, somou-se o total de ocorrências codificadas em todas as entrevistas para se obter o cálculo das razões aqui numeradas: (1)

$\frac{nCID}{s}$, (2) $\frac{nCIF}{s}$ e (3) $\frac{nCIF}{nCID}$ onde $nCID$ refere-se ao número total de ocorrências codificadas pela CID, $nCIF$ ao número total de ocorrências codificadas pela CIF e s ao tamanho da amostra ($n = 15$).

Os quocientes das razões (1), (2) e (3) correspondem, respectivamente, (1) ao número médio de ocorrências codificadas pela CID por sujeito; (2) ao número médio de ocorrências codificadas pela CIF por sujeito; e (3) ao número médio de ocorrências codificadas pela CIF para cada ocorrência codificada pela CID.

Para as ocorrências codificadas pela CIF, além dos valores apresentados em número de ocorrências, calculou-se a distribuição de frequência em porcentagem do total de ocorrências para cada domínio dos componentes desta classificação (funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação e fatores ambientais). Tal análise permitiu observar a prevalência de códigos utilizados por domínio.

3. RESULTADOS

Nesta amostra ($n = 15$), 70 ocorrências foram registradas entre os códigos da CID, distribuídos por oito dos 22 capítulos, perfazendo média de 4,7 códigos por sujeito, conforme indicado na Tabela 1. Deste total de códigos, mais da metade (45 ocorrências) estava

relacionado a enfermidades do capítulo XIII, o qual se refere às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguido por 12 ocorrências de doenças do aparelho circulatório (capítulo IX), seis ocorrências de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (capítulo XIX), três ocorrências de doenças do sistema nervoso (capítulo VI) e uma ocorrência cada para algumas doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I), neoplasmas [tumores] (capítulo II), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (capítulo XVII) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (capítulo XVIII).

Para a mesma amostra, foram registradas 1.739 ocorrências, distribuídas entre os domínios codificados nos capítulos da CIF, em seu primeiro nível de análise. Desta maneira, encontrou-se uma média de 115,9 ocorrências por sujeito. Quando calculada a razão do número total de ocorrências codificadas pela CIF pelo número total de ocorrências codificadas pela CID, foi obtido um quociente de 24,8 ocorrências codificadas pela CIF para cada uma codificada pela CID (Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição de frequência das ocorrências codificadas pela CID na amostra

CID10	Ocorrências
Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	1
Capítulo II – Neoplasias [tumores] (C00-D48)	1
Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	0
Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E98)	0
Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	0
Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	3
Capítulo VII – Doenças do olho e anexos (H00-H59)	0
Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	0
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	12
Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	0
Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (K00-K96)	0
Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	0
Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	45
Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	0
Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	0
Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	0
Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	1
Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99)	1
Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	6
Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	0
Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	0
Capítulo XXII – Códigos para propósitos especiais (U00-U99)	0
nCID	70
s	15
nCID/s	4,7

nCID – número total de ocorrências codificadas pela CID

-s – número total da amostra

nCID/s – quociente da razão do número total de ocorrências codificadas pela CID por sujeitos da amostra

Tabela 2: Distribuição de frequência das ocorrências codificadas nos domínios da CIF

Domínios da CIF	Ocorrências
Funções do corpo	554
Estruturas do corpo	628
Atividades e participação	483
Fatores ambientais	74
nCIF	1739
s	15
nCIF/s	115,9
nCIF/nCID	24,8

nCIF – número total de ocorrências codificadas pela CIF

s – número total da amostra

nCIF/s – quociente da razão do número total de ocorrências codificadas pela CIF por sujeito da amostra

nCIF/nCID – quociente da razão do número total de ocorrências codificadas pela CIF pelo número total de ocorrências codificadas pela CID

Dentre as ocorrências registradas no domínio de funções do corpo, a maioria delas estava relacionada às funções sensoriais e à dor (51,3%), seguida por 35,4% de ocorrências relacionadas às funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, 6,7% às funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório, 3,2% às funções da pele e estruturas relacionadas, 2,7% às funções mentais, 0,5% às funções da voz e da fala e 0,2% às funções geniturinárias e reprodutivas (Tabela 3).

Para as ocorrências registradas no domínio de estruturas do corpo, a grande maioria das ocorrências foi codificada para estruturas relacionadas com o movimento (77,2%), seguida por ocorrências relacionadas a códigos nos capítulos 4 (“Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório”) e 5 (“Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino”), com 8,9% cada um, e por ocorrências codificadas no capítulo 6 (“Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo”), perfazendo 4,9% das ocorrências neste domínio (Tabela 3).

Nas ocorrências codificadas no domínio de atividades e participação, 61,3% das ocorrências estavam relacionadas à mobilidade; 17%, ao autocuidado; 6,8%, à vida doméstica; 4,6%, às interações e aos relacionamentos interpessoais; 2,9%, à aprendizagem e aplicação do conhecimento; 2,9%, à comunicação; 2,3%, à vida comunitária, social e cívica; 2,1%, às áreas principais da vida; e 0,2%, às tarefas e exigências gerais. Para este domínio da CIF, em todos os capítulos houve, pelo menos, uma ocorrência (Tabela 4).

Nos códigos relacionados aos fatores ambientais, 100% das ocorrências identificadas estavam codificadas no capítulo 1, destinado a produtos e tecnologias, não tendo sido identificadas ocorrências codificadas nos demais capítulos (Tabela 4).

Tabela 3: Distribuição de frequência das ocorrências codificadas pela CIF nos domínios de funções e estrutura do corpo

CIF	n	%
Capítulo 1 – Funções mentais (b1)	15	2,7%
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor (b2)	284	51,3%
Capítulo 3 – Funções da voz e fala (b3)	3	0,5%
Capítulo 4 – Funções do ap. cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do ap. respiratório (b4)	37	6,7%
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino (b5)	0	0%
Capítulo 6 – Funções geniturinárias e reprodutivas (b6)	1	0,2%
Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento (b7)	196	35,4%
Capítulo 8 – Funções da pele e estruturas relacionadas (b8)	18	3,2%
nCIFb	554	100%
Capítulo 1 – Estruturas do sistema nervoso (s1)	0	0%
Capítulo 2 – Olhos, ouvidos e estruturas relacionadas (s2)	0	0%
Capítulo 3 – Estruturas relacionadas com a voz e fala (s3)	0	0%
Capítulo 4 – Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s4)	56	8,9%
Capítulo 5 – Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino (s5)	56	8,9%
Capítulo 6 – Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo (s6)	31	4,9%
Capítulo 7 – Estruturas relacionadas com o movimento (s7)	485	77,2%
Capítulo 8 – Pele e estruturas relacionadas (s8)	0	0%
nCIFs	628	100%

nCIFb – número total de ocorrências codificadas pela CIF no domínio das funções do corpo (b)

nCIFs – número total de ocorrências codificadas pela CIF no domínio das estruturas do corpo (s)

Tabela 4: Distribuição de frequência das ocorrências codificadas pela CIF no domínio de atividades e participação e para os fatores ambientais

CIF	n	%	
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1)	14	2,9%	
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais (d2)	1	0,2%	
Capítulo 3 – Comunicação (d3)	14	2,9%	
Capítulo 4 – Mobilidade (d4)	296	61,3%	
Capítulo 5 – Autocuidados (d5)	82	17,0%	
Capítulo 6 – Vida doméstica (d6)	33	6,8%	
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais (d7)	22	4,6%	
Capítulo 8 – Áreas principais da vida (d8)	10	2,1%	
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica (d9)	11	2,3%	
	nCIFd	483	100%
Capítulo 1 – Produtos e tecnologia (e1)	74	100%	
Capítulo 2 – Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem (e2)	0	0%	
Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos (e3)	0	0%	
Capítulo 4 - Atitudes (e4)	0	0%	
Capítulo 5 – Serviços, sistemas e políticas (e5)	0	0%	
	nCIFe	74	100%

nCIFd – número total de ocorrências codificadas pela CIF no domínio das atividades e participação (d)

nCIFe – número total de ocorrências codificadas pela CIF para fatores ambientais (e)

4. DISCUSSÃO

Todos os participantes deste estudo apresentavam comorbidades associadas que foram codificadas em diferentes capítulos da CID. Essa evidência pode ser observada pela média de 4,7 ocorrências codificadas por sujeito. Em casos de comorbidades, a quantidade de aspectos relacionados à saúde poderão se somar, favorecendo a observação de um cenário bastante grande de aspectos codificados pela CIF, conforme foi observado neste estudo e por outros autores (LIU *et al.*, 2009; STROBL *et al.*, 2009; RUNDELL, DAVENPORT & WAGNER, 2009; HEBERT *et al.*, 2009).

Considerando-se que a CID fornece códigos relacionados às taxas de mortalidade e morbidade, a CIF poderia assumir uma função complementar importante por fornecer códigos para descrever uma amplitude mais completa dos estados e das experiências em saúde. O uso conjunto das classificações é encorajado pela OMS, uma vez que assegura um cenário mais amplo e completo das informações de saúde de uma determinada população (USTÜN *et al.*, 2003).

A CIF torna-se especialmente interessante no campo da reabilitação, em que os estados de saúde que, na maioria das vezes não são fatais, limitam a capacidade das pessoas de assegurarem funcionalidade na realização de suas atividades de vida diária (KIRCHBERGER *et al.*, 2009; McDougall & Wright, 2009). Tal classificação possibilita descrever desde problemas fun-

cionais até dificuldades na realização de tarefas, permitindo observar ocorrências que descrevem como os problemas são manifestados em um ambiente, nas suas perspectivas física, mental e social (JETTE, 2006; BERG *et al.*, 2009; CIEZA *et al.*, 2009).

A maior prevalência de doenças codificadas pela CID, nesta amostra, estava formada por doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo, seguido pelas doenças do aparelho circulatório, traumas e ocorrências de causa externa, além das doenças do sistema nervoso. Tais grupos de doenças codificadas pela CID são doenças que determinam condições de incapacidade e redução da qualidade de vida, necessitando de uma avaliação descritiva e analítica cuidadosa para direcionar o processo terapêutico (BENINATO, PORTNEY & SULLIVAN, 2009; GILCHRIST *et al.*, 2009).

Neste estudo, foi possível observar que a CIF abrange muito mais informações sobre os aspectos relacionados à saúde, visto que se observam mais de cem ocorrências codificadas para cada sujeito em um quociente de, aproximadamente, 25 ocorrências classificadas pela CIF para cada ocorrência codificada pela CID. Este dado mostra que a descrição de aspectos relacionados à saúde amplificou cerca de cinco vezes a descrição feita pelo uso isolado da CID.

A necessidade de se descreverem os agravos à saúde de eventos patológicos que causam incapacidades transitórias ou permanentes tem ganhado espaço nas

publicações atuais e a preocupação com a qualidade de vida humana assumiram destaque no planejamento dos procedimentos de intervenção em saúde (HEBERT *et al.*, 2009; MAINI *et al.*, 2008). Entretanto, no Brasil, poucos estudos epidemiológicos têm explorado a CIF em suas metodologias de análise (DI NUBILA & BUCHALLA, 2008; FARIAS & BUCHALLA, 2005).

No domínio de funções do corpo da CIF, os dois capítulos mais prevalentes foram aqueles relacionados com as alterações das funções sensório-motoras. Além disso, para o domínio de estrutura corporal, as ocorrências mais prevalentes foram registradas por códigos observados em capítulo de estruturas relacionadas ao movimento. Estes resultados descrevem de maneira bastante detalhada as relações entre estruturas e funções do corpo que influenciam a movimentação humana e suas atividades fundamentais.

Contribuindo para esta descrição detalhada, obtida da associação entre os códigos registrados nos diferentes domínios, observam-se, no domínio de atividade e participação, os aspectos prevalentes que caracterizam mobilidade, autocuidado e vida doméstica.

A maioria dos códigos registrados nestes três domínios de classificação da CIF estava relacionada a aspectos da movimentação funcional humana. Se for levado em consideração que a amostra utilizada neste estudo foi obtida de uma clínica-escola de fisioterapia, cujos pacientes atendidos são portadores de incapacidades musculoesqueléticas e neuromusculares, é de se esperar a prevalência de códigos relacionados a transtornos motores.

Diferentemente dos demais domínios da CIF, os códigos relacionados aos fatores ambientais não apresentaram uma variedade de ocorrências entre os capítulos deste domínio, sendo observadas ocorrências em um único código relacionado a produtos e tecnologia. Mani e colaboradores (2008) discutiram que o componente ambiental, que constitui fatores contextuais na CIF, apresenta categorias de códigos que não são fáceis de ser interpretadas, podendo levar a equívocos. As dificuldades de interpretação apontadas por Mani *et al.* (2008) poderiam justificar a falta de variedade encontrada nos resultados constatados quanto ao registro dos fatores ambientais.

Apesar das dificuldades e limitações decorrentes do detalhamento para se codificar conforme a CIF, e que foram apontadas em estudos que utilizaram esta classificação, muitas são as evidências que mostram a viabilidade de se utilizar a CIF (LIU *et al.*, 2009; TEIXEIRA-

SALMELA *et al.*, 2009; FORHAN, 2009; KIRCHBERGER *et al.*, 2009; MAINI *et al.*, 2008; STUCKI, CIEZA & MELVIN, 2008; HIEBLINGER *et al.*, 2009).

Estudo com o mapeamento feito pelo *Center for International Rehabilitation Research and Information Exchange's* apontou que a CIF pode ser usada efetivamente para recuperar informações descritas em outras bases bibliográficas de dados (SUNDAR *et al.*, 2008). Na experiência adquirida nesta pesquisa em relação à aplicação da CIF nesta amostra, observou-se um mapeamento bem mais amplo de registros das condições de saúde do que os registros obtidos pelo uso isolado da CID, evidenciando que os sujeitos amostrados apresentavam comorbidades e outras configurações relacionadas à saúde, cuja descrição pela CIF permitiu traçar um perfil de aspectos ligados à movimentação funcional humana, sugerindo um padrão de associação entre os códigos registrados pelos diferentes domínios.

Conclui-se que a CIF amplificou em cinco vezes as referências vinculadas à saúde registradas pela CID na amostra investigada, complementando significativamente e com maior detalhamento a descrição feita pelos códigos isolados da CID. As características descritivas e analíticas das informações obtidas pelo uso combinado destas classificações poderiam contribuir de maneira importante para os sistemas de informação em saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao programa de Bolsa Permanência da Universidade de Brasília (UnB) e às discentes bolsistas Izabela Carvalho Sousa e Vanúbia Caxiado Lacerda, pelo auxílio no levantamento, na organização e documentação das referências bibliográficas. Não existe conflito de interesse neste trabalho.

COLABORADORES

Emerson Fachin Martins foi responsável pela redação do artigo, concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados. Suelen Mara Beserra da Silva foi responsável pela coleta de dados e, também, por sua análise e interpretação, e ainda pela revisão crítica do manuscrito. Juliana de Faria Fracon foi também responsável pela análise e interpretação dos dados, pela revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Cristina dos Santos Cardoso de Sá foi responsável pela coordenação da execução do delineamento e coleta de dados; assim como os demais, participou da revisão crítica e da aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- BENINATO, Marianne; PORTNEY, Leslie G. & SULLIVAN, Patricia E. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a framework to examine the Association Between Falls and Clinical Assessment Tools in People With Stroke. *Physical Therapy*, v. 89, n. 8, p. 816-825, August, 2009.
- BERG, Katherine; FINNE-SOVERI, Harriet; GRAY, Len; HENRARD, Jean C.; HIRDES, John; IKEGAMI, Naoki; LJUNG-GREN, Gunar; MORRIS, John N.; PAQUAY, Louis; RESNIK, Linda & TEARE, Gary. Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 9, p. 47, March, 2009.
- CIEZA, Alarcos; EWERT, Thomas; USTÜN, Bedirhan; CHATTERJI, Somnath; KOSTANJSEK, Nenad & STUCKI, Gerold. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Suppl. 44, p. 9-11, July, 2004.
- CIEZA, Alarcos; HILFIKER, Roger; BOONEN, Annelies; CHATTERJI, Somnath; KOSTANJSEK, Nenad; USTÜN, Tevfik Bedirhan; et al. Items from patient-oriented instruments can be integrated into interval scales to operationalize categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 62, n. 9, p. 912-921, September, 2009.
- CIEZA, Alarcos; HILFIKER, Roger; CHATTERJI, Somnath; KOSTANJSEK, Nenad; USTÜN, Bedirhan T. & STUCKI, Gerold. The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 62, n. 9, p. 899-911, September, 2009.
- DI NUBILA, Heloísa B.V. & BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 2, p. 324-335, São Paulo, junho, 2008.
- ESCORPIZO, Reuben; CIEZA, Alarcos & STUCKI, Gerold. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a framework to examine the Association Between Falls and Clinical Assessment Tools in People With Stroke Commentary. *Physical Therapy*, v. 89, n. 8, p. 825-827, August, 2009.
- FARIAS, Norma & BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 187-193, São Paulo, junho, 2005.
- FORHAN, Mary. An analysis of disability models and the application of the ICF to obesity. *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 16, p. 1.382-1.388, 2009.
- GILCHRIST, Laura S.; GALANTINO, Mary Lou; WAMPLER, Meredith; MARCHESE, Victoria G.; MORRIS, G. Stephen & NESS, Kirsten K. A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*, v. 89, n. 3, p. 286-306, March, 2009.
- HEBERT, Jackie S.; WOLFE, Dalton L.; MILLER, William C.; DEATHE, A. Barry; DEVLIN, Michael & PALLAVESHI, Luljeta. Outcome measures in amputation rehabilitation: ICF body functions. *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 19, p. 1.541-1.554, 2009.
- HIEBLINGER, Robin; COENEN, Michaela; STUCKI, Gerold; WINKELMANN, Andreas & CIEZA, Alarcos. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for chronic widespread pain from the perspective of fibromyalgia patients. *Arthritis Research & Therapy*, v. 11, n. 3, p. R67, May, 2009.
- JETTE, Alan M. Toward a common language for function, disability, and health. *Physical Therapy*, v. 86, n. 5, p. 726-734, May, 2006.
- KIRCHBERGER, Inge; COENEN, Michaela; HIERL, Fraz-Xaver; DIETERLE, Christoph; SEISSLER, Jochen; STUCKI, Gerold & CIEZA, Alarcos. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for diabetes mellitus from the patient perspective using focus groups. *Diabetic Medicine*, v. 26, n. 7, p. 700-707, July, 2009.
- KUKAFKA, Rita; BALES, Michael E.; BURKHARDT, Ann & FRIEDMAN, Carol. Human and automated coding of rehabilitation discharge summaries according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal of the American Medical Informatics Association*, v. 13, n. 5, p. 508-515, September/October, 2006.
- LIU, Ju-Fen; CHI, Iris; CHEN, Gong; SONG, Xin-Ming & ZHENG, Xiao-Ying. Prevalence and correlates of functional disability in Chinese older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, v. 9, n. 3, p. 253-261, September, 2009.

REFERÊNCIAS

- MAINI, Maurizio; NOCENTINI, Ugo; PREVEDINI, Anna; GIARDINI, Anna & MUSCOLO, Emanuele. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. *Disability and Rehabilitation*, v. 30, n. 15, p. 1.146-1.152, 2008.
- MCDUGALL, Janette & WRIGHT, Virginia. The ICF-CY and goal attainment scaling: benefits of their combined use for pediatric practice. *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 16, p. 1.362-1.372, 2009.
- MITTRACH, Rene; GRILL, Eva; WALCHNER-BONJEAN, Monika; SCHEURINGER, Monika; BOLDT, Christine; HUBER, Erika O. & STUCKI, Gerold. Goals of physiotherapy interventions can be described using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physiotherapy*, v. 94, n. 2, p. 150-157, June, 2008.
- RUNDELL, Sean D.; DAVENPORT, Todd E. & WAGNER, Tracey. Physical therapist management of acute and chronic low back Pain using the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physical Therapy*, v. 89, n. 1, p. 82-90, January, 2009.
- STROBL, Ralf; STUCKI, Gerold; GRILL, Eva; MÜLLER, Martin & MANSMANN, Ulrich. Graphical models illustrated complex associations between variables describing human functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 62, n. 9, p. 922-933, September, 2009.
- SUNDAR, Vidyalakshmi; DAUMEN, Marcia E.; CONLEY, Daniel J. & STONE, John H. The use of ICF codes for information retrieval in rehabilitation research: An empirical study. *Disability and Rehabilitation*, v. 30, n. 12-13, p. 955-962, 2008.
- STUCKI, Gerold; CIEZA, Alarcos & MELVIN, John. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 39, n. 4, p. 279-286, May, 2007.
- TEIXEIRA-SALMELA, Luci F.; GOMES NETO, Mansueto; MAGALHAES, Lívia de C.; LIMA, Renata C. & FARIA, Christina Danielli C. de M. Content comparisons of stroke-specific quality of life based upon the international classification of functioning, disability, and health. *Quality of Life Research*, v. 18, n. 6, p. 765-773, August, 2009.
- USTÜN, Tefvik Bedirhan; CHATTERJI, Somnath; BICKENBACH, Jerome; KOSTANJSEK, Nenad & SCHNEIDER, Margie. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, v. 25, n. 11-12, p. 565-571, June, 2003.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Emerson Fachin Martins. Universidade de Brasília, Campus UnB Ceilândia, QNN 14, Área Especial, Ceilândia Sul. CEP 72220-140, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Tel: +55 61 3376 6042 / Fax: +55 61 3376 6042. E-mail: efmartins@unb.br